

· 经验交流 ·

# 鼻内镜下改良电凝吸引管治疗 难治性鼻出血

朱正尧

(张家港市第三人民医院耳鼻咽喉头颈外科, 江苏 张家港 215611)

**关键词:** 吸引管; 鼻出血; 鼻内镜; 电灼

**中图分类号:** R765.23; R765.9

**文献标识码:** C

**文章编号:** 1007-1520(2011)03

鼻出血是耳鼻咽喉科的常见急症, 有些患者由于鼻出血点位置隐蔽, 传统常规填塞难以做到有效止血, 近年难治性鼻出血的治疗屡有报道, 我科2004年4月~2010年6月在耳鼻喉科手术使用改良电凝吸引管在鼻内镜引导下电灼治疗鼻出血, 效果满意, 现报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 临床资料

63例患者中, 男44例, 女19例; 年龄22~76岁, 平均47.5岁。63例难治性鼻出血均为经常规前鼻镜下检查未发现出血点, 并经规范前鼻孔填塞, 其中11例经后鼻孔填塞, 仍未控制的鼻出血。全部患者均以反复鼻出血就诊, 病史1~15 d, 平均12 d; 出血量60~500 ml。41例有高血压病史, 2例有肾炎病史, 1例有淋巴瘤病史, 1例有凝血机制障碍。均无外伤史。63例中下鼻道顶部出血31例, 嗅裂鼻中隔部18例, 中鼻道后端7例, 鼻咽部3例, 其他部位4例。

### 1.2 电凝吸引管制备(图1)

改良电凝吸引管: 取直径3 mm, 长度180 mm的“L”形鼻腔吸引管, 外套绝缘胶管, 头部外露1.5 mm, 吸引管的金属尾柄

部焊接绝缘线。



图1 电凝吸引管

### 1.3 方法

患者取半卧位或仰卧位, 头部略高, 有鼻腔填塞物者抽除填塞物。用吸引管清除鼻腔凝血块和积血, 在鼻腔中置入2%丁卡因肾上腺素棉片收敛进行充分表面麻醉, 然后在鼻内镜配合下将改良电凝吸引管伸入鼻腔, 依次仔细寻找出血点: 鼻中隔 Little's 区, 下鼻甲及下鼻道前端, 下鼻道及下鼻甲后端, 鼻咽部, 中鼻甲、中鼻道及嗅裂, 鼻中隔。明确出血点后踩动踏板电灼1~2 s, 以出血点黏膜无渗血为度。如出血间歇期未找到活动性出血点, 可用丁卡因棉片轻轻擦拭或直接用此吸引管对可疑出血点吸引诱发, 一般都能明确出血点, 电灼完毕后涂红霉素眼膏以保护创面, 狭窄部位明胶海绵对创面进行微填塞。对于鼻腔黏膜炎症明显或出血量较大者, 也可先用油纱条或膨胀海绵等局部填塞, 24~48 h后再酌情电灼

出血点。术后抗炎止血对症处理。对血压过高者,舌下含化硝苯地平以控制血压。对下鼻道穹隆顶等隐蔽位置可适当予骨折移位。对于一些直管不能到达的位置也可辅以不同角度绝缘弯头吸引管。

## 2 结果

63 例难治性患者中 58 例经电凝一次治愈,5 例治疗后又有出血,但出血量已明显减少,经再次电灼后血止,一次性治疗成功 92.1%,即鼻腔及咽腔无血下流,内镜下电凝结痂处无渗血,治疗后无复发。重复治疗 2 次以上 4 例,其中复发在 1 周内 3 例,2 周内 1 例。全部患者无并发症。经治疗后均未再出血,总有效率为 100%。

## 3 讨论

鼻出血是耳鼻咽喉科常见的急症。约 60% 的人群曾发生过鼻出血<sup>[1]</sup>。儿童及青年人出血位置多在鼻中隔 Little's 区,止血相对简便。而中老年人鼻出血位置多位于鼻腔后端、中鼻甲、中下鼻道及嗅沟等隐蔽部位,常规前鼻镜检查时不易发现出血点<sup>[2]</sup>。本组对难治性鼻出血定义为:常规前鼻镜检查未发现出血点,并经规范鼻腔填塞(前鼻孔或后鼻孔的填塞)及药物不能控制的鼻出血<sup>[3]</sup>。鼻中隔后段及鼻底部的出血,只要规范填塞,均可有效止血,故未列入。难治性鼻出血不能笼统认为来源于鼻腔 Woodruff 静脉丛、鼻中隔后段及鼻底部,临床也很少见<sup>[4]</sup>。常规治疗鼻出血通常行前后鼻孔填塞、气囊填塞,无方向性地压迫出血点,不但患者痛苦,还易发生鼻窦炎、中耳炎、感染等并发症。特别是鼻咽部、中鼻道后端等深邃部位出血,疗效不确切。临床上许多患者经多次填塞,鼻黏膜损伤较多见,一旦填塞失败通常的治疗方法是血管结扎,甚至血管栓塞,给患者身心带来痛苦。

随着鼻内镜技术广泛应用,为鼻出血的诊断和治疗提供了先进的技术手段<sup>[5]</sup>,在鼻内镜下检查出血部位具有视野清、多角度、光线亮、能直视等优点。但鼻内镜下处理鼻

出血镜头容易受污染,需反复擦拭。笔者发现,严重活动性出血用单极电凝或双极电凝亦妨碍电凝效果,需吸引管与电凝头交替使用,操作费时又不方便,甚至导致止血失败。为此,笔者采用单极电凝与吸引管相结合,较好地克服了上述不足,术中观察和分辨出血源头更加从容,对于活动小出血点可直接电灼,镜下观察出血点黏膜变成焦黄无渗血即可;对较粗血管及动脉活动性出血者一般先快速间断电灼周边四五个点,以减少血供,最后吸血同时对目标血管实施电灼封闭,大多数可以达到有效止血。出血间歇期采取丁卡因棉片轻轻擦拭,或直接用此电凝吸引管自前向后、自下向上边吸引边寻找的方法,分别以下鼻甲上缘和中鼻甲游离缘为标志区分出血是来源于下鼻道、中鼻道、嗅裂中隔部还是鼻咽部。一旦发现黏膜表面有血痂附着、充血糜烂、血管曲张、呈火山口或瘤样突起者即为可疑部位,动作须细致轻柔,重复吸引一般均可诱发出血。下鼻道穹隆顶等隐蔽位置器械不能抵达者在妥善麻醉下适当予骨折移位。鼻内镜下吸引时出血点定位相对准确,电灼时能量仅限于外露的头端,采用绝缘护管避免了对出血区外鼻黏膜的再损伤,操作时不会误伤周边结构,有效地防止并发症的发生。与传统的前后鼻孔填塞、血管结扎法相比较止血准确且迅速、损伤更小、安全可靠、可以重复进行。鼻内镜下结合改良电凝吸引管治疗难治性鼻出血有其显著优点:①明视下操作,针对性强。②吸引积血与电凝止血合二为一同步进行,简化了操作步骤,缩短治疗时间。③适用于狭窄腔道内的手术止血<sup>[6]</sup>。④疗效确切,安全可靠,可免除鼻腔填塞,符合微创原则。⑤本器械制作简便,费用相对低廉,可作为常规鼻腔止血方法之一。

总之,鼻内镜下自制改良电凝吸引管电灼治疗难治性鼻出血临床疗效好,患者容易接受,具有一定的临床实用价值。不仅适于鼻腔绝大多数部位的出血,取代传统的治疗方法,还利于鼻腔后部的出血;结合头部塑形和弧度改变亦可用于鼻腔鼻窦术中止血,减少误伤,值得推广。但仍有其局限性,对伴有严重鼻中隔偏曲患者实施需一定技巧,

对伴有高血压、血液系统疾病的患者,还是应该同时积极治疗原发病。

#### 参考文献:

- [1] 葛圣蕾,伍伟景,谢鼎华. 顽固性鼻腔后部出血的手术治疗[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2003,9(2):57-59.
- [2] 杨大章,史冬梅,王忠植. 内窥镜在顽固性鼻衄的应用[J]. 中华耳鼻咽喉科杂志,1996,31(1):54-55.
- [3] 杨大章,程靖宇,韩军,等. 难治性鼻出血的出血部

位及治疗[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2005,40(5):360-362.

- [4] 王忠植,张小伯. 耳鼻咽喉科治疗学[M]. 北京:北京医科大学中国协和医科大学联合出版社,1997,439-443.
- [5] 韩德民. 鼻内窥镜外科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2001,174.
- [6] 卢坚,钱志成,吴树浓,等. 改良吸引管引导射频止血在耳鼻喉科手术中的应用[J]. 临床耳鼻咽喉科杂志,2002,16(11):627-628.

(修回日期:2011-05-03)

## · 经验交流 ·

# 鼻内镜下鼻锥体骨折及鼻中隔骨折复位术

阳细元,刘新智,葛增辉

(娄底市双峰县人民医院 耳鼻咽喉科,湖南 双峰 417700)

关键词:鼻内镜术;鼻骨折复位术;鼻外伤

中图分类号:R765.3;R765.9

文献标识码:C

文章编号:1007-1520(2011)03-0225-02

鼻骨及鼻中隔骨折是耳鼻咽喉科常见急症之一,通常由外伤引起,诊断并不困难,CT和X片检查后即可确诊。传统的复位方法是在头灯照明下进行,中隔骨折复位不理想,鼻黏膜损伤大,出血相对多等。我院自2005年3月~2009年3月在鼻内镜下行鼻骨锥体及鼻中隔骨折复位术治疗外伤性鼻中隔骨折61例,取得了较好的疗效,现报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 临床资料

我院2005年3月~2009年3月就诊的61例鼻外伤患者中,闭合性骨折52例,开放性骨折9例。其中男56例,女5例;年龄12~75岁,平均32岁。左侧鼻骨骨折23例,右侧鼻骨骨折17例,双侧鼻骨骨折21例;鼻锥体骨折向一侧偏斜者28例。

CT或X片显示骨折断端错位至少50%,严重者完全错位甚至分离,均在伤后3d内入住本科。

### 1.2 手术方法

开放性鼻锥体及中隔骨折患者均在伤后6h进行,闭合性骨折均在伤后1周内进行。所有患者用1%丁卡因加1‰肾上腺素作鼻腔黏膜表面局部麻醉,并根据不同情况采用双侧眶下神经阻滞麻醉、鼻腔内筛前神经阻滞麻醉、鼻中隔黏膜下局部浸润麻醉。

先行鼻中隔骨折复位术,在鼻内镜下用鼻骨复位器或剥离子将中隔骨折闭合式复位。若复位不成功,则按鼻中隔偏曲矫正术方式作切口<sup>[1]</sup>,剥离中隔两侧黏软骨膜,将中隔骨或软骨复位,软骨骨折复位后可用缝线固定(用可吸收线倒“8”缝合双侧黏骨膜与软骨)。在此复位过程中,有时需行区域或水平切除软骨,才能将骨与软骨复到中线位;粉碎性中隔骨折复位困难时,则取出小的碎片,将大块的骨片保留并复位。

鼻中隔骨折复位满意后则行鼻锥体骨

折复位术:对鼻锥体骨折偏斜患者用双手拇指和食指试着进行复位,当锥体偏斜、外侧壁凹陷消失时表明有效。若无效,则将鼻骨复位器一侧入鼻腔置于凹陷骨下方,然后使凹陷骨向外,而鼻锥体同时被旋转向中线。对鼻骨塌陷型患者于鼻外侧测量骨折处与前鼻孔的距离,然后将复位器从鼻腔放入,其尖部抵达鼻骨骨折处,同时用拇指与小指压住鼻梁,复位器向外上用力平抬,另一手拇指及小指协助推压,以达到理想的复位程度。对开放性骨折的患者先清洗伤口,清除异物,将骨折复位,分层缝合伤口。

所有患者复位后,对侧鼻腔内填地塞米松四环素凡士林纱条,支撑固定鼻骨与鼻中隔,双侧总鼻底部置空心硅胶管以通气。若术前及术中有明确的出血点,则先用双极电凝止血,再行下一步手术。若伴有中隔血肿,则行中隔侧切口,清除瘀血,以免软骨坏死或继发感染形成脓肿。术后用抗生素预防感染 1~2 周,鼻黏膜水肿重者喷雷诺考特鼻喷剂,术后 4~7 d 抽出鼻腔纱条,1 个月后行清理鼻腔。

2 结果

术后复查 X 片或 CT 扫描示,中隔骨折复位均较理想,25 例骨折断端对位 90% 以上,20 例对位 80%~90%,10 例对位 70%~80%,6 例对位 70% 以下。术后 1 个月复诊,57 例鼻腔功能恢复好;4 例患者通气功能稍差,其中有 2 例因合并下鼻甲骨折,下鼻甲向中线移位,无 1 例发生鼻腔

粘连。

3 讨论

鼻内镜下行鼻锥体及中隔骨折复位术具有以下优点:①内镜下治疗光线充足,视野广阔,显示器下图像放大清晰,能进行深部检查,有活动性出血者,可同时用双极电凝止血。②鼻内镜下行筛前神经麻醉充分,同时可避免鼻腔外筛前神经麻醉所致的组织肿胀,影响骨折复位的观察。③鼻中隔骨折复位理想,且同时处理了鼻中隔血肿。④鼻内镜下方便鼻腔清理,确保各窦腔与鼻腔的通气引流,防止鼻窦感染<sup>[2]</sup>。

鼻外伤是成年人最常见的损伤之一,鼻外伤可为骨、软骨及软组织或两者皆有。早期外科复位对鼻锥体骨折是最好的方法,也是最适合基层医院开展的一种手术方法。在鼻骨骨折复位术中运用鼻内镜,具有复位准确、效果好、损伤小、出血少、麻醉到位等优点,有实用价值<sup>[3]</sup>。如术后美容效果不理想者,可进一步行美容外科治疗。

参考文献:

[1] 邓良珍. 鼻内镜下鼻中隔偏曲矫正手术[J]. 中华耳鼻咽喉科杂志, 2003, 38(4): 271.  
[2] 李泉, 杜友红, 王小东, 等. 鼻内镜在鼻颅底外伤中的运用[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2009, 15(6): 436-439.  
[3] 张英华, 李晓帆. 鼻内镜下鼻骨复位术[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2005, 11(3): 194-195.

(修回日期:2011-04-18)